

## 第2部 社会保障編 第9章 アルゼンチンにおける社会医療保険改革

|          |  |
|----------|--|
| 著者       | 宇佐見 耕一   |
| 権利       | Copyrights 日本貿易振興機構（ジェトロ）アジア経済研究所 / Institute of Developing Economies, Japan External Trade Organization (IDE-JETRO) <a href="http://www.ide.go.jp">http://www.ide.go.jp</a> |
| シリーズタイトル | 研究双書   |
| シリーズ番号   | 515  |
| 雑誌名      | ラテンアメリカ福祉国家論序説   |
| ページ      | 267-299  |
| 発行年      | 2001   |
| 出版者      | 日本貿易振興会アジア経済研究所  |
| URL      | <a href="http://hdl.handle.net/2344/00012347">http://hdl.handle.net/2344/00012347</a>  |

## 第9章

# アルゼンチンにおける社会医療保険改革

### はじめに

アルゼンチンにおいて1990年代に始まった医療制度改革は、年金制度改革や労働法制改革、より広く経済の自由化というメネム・ペロン党政権により実行された経済・社会改革の一環であった。それはまた、グローバリゼーションのなかでの輸入代替工業化モデルからポスト輸入代替工業化モデルへの経済発展様式の転換、それと並行して起きた社会的諸関係の変容、さらに労働組合の組織力低下といった政治システムの変容のなかでのできごとであった。

医療制度は、年金制度とならびアルゼンチンにおける福祉国家の中核を構成する制度である。医療部門を財政と医療サービス供給に分けると、アルゼンチンはこの両面において、普遍主義的な公立病院制度、職域別に分かれた社会医療保険制度、市場原理に立脚した個人診療所・私立病院また民間医療保険などからなる民間部門に区分することができる。すなわちアルゼンチンの医療制度の性格は、普遍的制度、社会保険制度、民間制度という3制度の混在と言い表すことができる。こうしたアルゼンチンの医療制度は以下のような過程をたどった。まず第二次世界大戦後のペロン政権期(1946～55年)に公立病院制度が制定・拡充され、職域別社会医療保険の導入も始まった。その後、1970年代軍事政権下で社会医療保険制度が拡大した。民間医療制度はペロン政権以前より存在したが、1970、80年代に私立病院や民間医療保険の

顕著な発達がみられた。

ところが1980、90年代になり、それまでのアルゼンチンの医療制度の骨格となってきた公立病院制度と社会医療保険制度についてさまざまな弊害が指摘されるようになり、その改革議論が活発化してきた。公立病院制度では、非効率とサービス低下が問題となり、その解決策として地方分権、さらに自主管理や病院経営の入札制などが試みられている。一方、職域別の社会医療保険制度に関しては、同一産業従事者が強制的にその職域別社会医療保険に加入するという仕組みが社会医療保険間の競争を阻み、非効率、保険財政の赤字、継続的保険料の引き上げやサービス低下の原因となっているとの認識のもとに、社会医療保険自由選択制導入が改革議論の中心となってきた。

そこで本章では、医療制度のなかでもとくに社会医療保険制度に焦点をあて、それを取り巻く政治・経済的パラダイムの変容に留意しつつ、制度成立の経緯とその特徴、さらに現在行われている改革について述べたい。アルゼンチンの社会医療保険は、その多くが労働組合により運営され、また自営業者の多くが制度に含まれていないなどの特徴をもつ。そうした特徴をもつ社会医療保険制度を分析することは、アルゼンチンの医療制度のみならず、社会保障制度全体の特徴を把握するために意義あることと思われる。

## 第1節 アルゼンチンの医療制度の概略

まず、社会医療保険の議論に入る前に、アルゼンチンにおける医療制度の全体像を概観し、そのなかで社会医療保険がどのような位置にあるかを確認することから始める。上述したようにアルゼンチンの医療制度は財政面およびサービス供給面において、国・州・市管轄の公的制度、約300の職域別社会医療保険制度、そして個人診療所・私立病院や民間医療保険などからなる民間部門から構成されている。図1はその概略を示したものであり、現在のアルゼンチンの医療制度は普遍的制度、社会保険制度、民間制度が相互に関係

図1 アルゼンチンの医療制度

## 医 療 財 政

| 公的財政支出   |          |          | 社会医療保険<br>(本人と雇用者の保険料) |        | 個人支払い      |          |          |
|----------|----------|----------|------------------------|--------|------------|----------|----------|
| 国        | 州        | 市        |                        |        | 民間医療保険     |          | 自由<br>診療 |
| 国立<br>病院 | 州立<br>病院 | 市立<br>病院 | 社会医療保<br>険独自の医<br>療施設  | 契約医療施設 | 契約医<br>療施設 | 独自<br>施設 | 自由<br>診療 |
| 公立病院     |          |          |                        | 民間医療機関 |            |          |          |

## 医 療 供 給

(出所) 筆者作成。

表1 医療支出の制度別比率  
(単位: 1970, 80, 85, 86年は100万ドル, 1993, 96年は100万ペソ)

|      | 公的部門      |              |              | 社会医療保険       | 民間部門         | 合計     |
|------|-----------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------|
|      | 国         | 州・市          | 小計           |              |              |        |
| 1970 | 107(4.5%) | 439(18.4%)   | 546(22.9%)   | 624(26.2%)   | 1,215(51%)   | 2,385  |
| 1980 | 102(3.8%) | 707(26.3%)   | 809(30.1%)   | 964(35.8%)   | 919(34.1%)   | 2,692  |
| 1985 | 230(4.2%) | 1,003(18.5%) | 1,233(22.7%) | 2,129(39.2%) | 2,068(38.1%) | 5,430  |
| 1986 | 256(3.6%) | 1,292(18.3%) | 1,548(22%)   | 2,617(37.1%) | 2,884(41%)   | 7,049  |
| 1993 | 357(1.9%) | 3,641(21.8%) | 3,998(21.8%) | 6,676(36.3%) | 7,700(41.9%) | 18,374 |
| 1996 | 871(4.2%) | 4,043(19.3%) | 4,914(23.5%) | 7,181(34.4%) | 8,800(42.1%) | 20,895 |

(出所) Mónica Panaderios [1992: 5], Ministerio de Economía de la provincia de Buenos Aires [1996: 40], María Cristina Vargas de Flood [1998: 123].

しながら構成されている様子がわかる。

その財政面のみを取りだし、各制度の支出額の推移を記したものが表1である。それによると1996年の全医療支出は約210億ドルで国内総生産の7.03%に相当する。そのうちの23.52%が国・州・市の公的部門の予算からの支出、34.37%がアルゼンチンでは社会事業 (Obras Sociales) と呼ばれている社会医療保険の支出で、財源は本人および雇用者の保険料からなっている。そして

残りの42.12%が民間部門すなわち個人による支出となっている (de Flood [1998: 121-123])。公的部門の支出は、公衆衛生行政に費やす支出を除き、その大部分が原則として無料で全国民を対象とした普遍主義的性格の強い公立病院の事業費となっている。すなわち公的支出の大部分は、そのまま医療サービス供給面における公的部門の支出に相当する。

公立病院制度は、ペロン政権期に拡大したものであるが、その後の社会医療保険の発達により、雇用労働者の多くが社会保険を利用して民間医療機関や社会医療保険が所有する医療機関からのサービス受給に移行したことから、その利用者の中心は低所得者層となっている。また、公立病院制度は当初中央主導で国立が中心であったものが、近年は分権化による州への移管が進み、州立病院がその主力となっている。さらに近年の公立病院改革の一環として、独立採算制、自主管理公立病院が増加し、それにともない社会医療保険所持者から医療費を徴収するようになったことなどの変化がみられた。

次に全支出の34.37%を占める社会医療保険支出は、約300の社会事業と呼ばれる実質的な職域別の社会医療保険をとおしての支出である。1996年には合計281の社会事業団体 (社会医療保険団体) のうち、約75%に相当する212団体が労働組合により運営されており、労働組合の影響力が強いのもこの部門の特色である。1999年に出版された社会医療保険監督機関の報告によると、社会医療保険支出の21%が社会医療保険が自ら所有する診療所・病院などでの支出であり、残りの大部分は社会医療保険が契約している民間の個人医師、診療所、病院への支出である (Superintendencia [1999: 22])。

最後の民間部門の支出は、実態として個人による社会医療保険をとおさない直接民間医療部門に対してなされる医療費の支出、それに社会医療保険でカバーされない薬剤費である。さらに前者は、自由診療をとおして民間の個人医師、診療所、病院に対する直接支払いと、民間の医療保険をとおしての支払いに分類できる。イスアニとメルセルは民間医療部門を(1)個人病院・診療所、(2)移民コミュニティの互助会方式の病院、(3)主として大都市圏で発達した私立病院、(4)民間医療保険、という4分野に分類している (Isuani y

Mercer [1986: 37])。このうち(2)の移民コミュニティー互助会の病院は、イタリア病院やドイツ病院が有名であるが、それらの移民コミュニティー互助会は病院をベースとした医療扶助互助会をもっている。同制度は、現在では国民一般に開放されていることから、事実上民間医療保険として機能しているといえる。

アルゼンチンで医療費事前支払い制度 (Prepago) と呼ばれる民間医療保険は、公式の統計が不在のためその正確な実態を把握することができないが、全国で150から200存在し、1994年の加入者は高所得層と社会医療保険の対象外である自営業者を中心に全人口約3400万人中約200万人といわれている (Ministerio de Economía de la provincia de Buenos Aires [1996: 34])。それら民間医療保険は、独自の病院をもつと同時に、多数の民間診療所・個人医師と契約を行い保険契約者に対する医療サービスを提供している。この部門は、原則として支払い金額に応じた医療サービスの提供を受けるため、保険料の差がサービスの差に直結している場合が多い。このほか、民間保険であるがゆえに、既存の病気に対して保険は適用されず、また加入後も治療や手術は一定期間の後でなければ保険の対象とならない場合があるなど社会保険と比べて制約がある。総じて民間医療保険は、市場機能に立脚した自由主義的性格の強い部門であるといえる。

続いて医療サービス供給面をみると、全体の医療サービス供給量を示す適切な統計は不在であるが、病床数の推移に限ると、長期的には公的部門が縮小し民間部門が拡大する傾向がうかがえる。公立病院の病床数は、ペロン政権発足年の1946年の6万3000床から同政権末期の1953年に13万4000床に増加した後減少に転じ、1993年には7万7000床まで減少している。これに対して私立病院の病床数は1955年に1万7000床であったものが1995年には6万7200床に増加している。一方、社会医療保険が自ら所持する病院の病床数は1984年で6400床であり、同部門の医療サービス供給面における役割は小さい (Isuani y Mercer [1986: 21, 36], INDEC [1998: 143])。

他方、医療財政からみた医療供給は、公的部門、社会保険部門、民間部門

で1996年においてそれぞれ23.5%, 6.9%, 69.6%の比率となり圧倒的に民間部門への医療支出が多くなっている(筆者推計)。しかし、アルゼンチンでは診療報酬単価が日本と異なり統一されておらず、それは一般に公的部門では低く、民間部門では高い傾向にあると推定される。そのため各部門に対する医療支出の差がそのまま医療サービス供給量の差と同一でない点に留意する必要がある。

最後に1992年にブエノスアイレス連邦首都とそれを取り囲む大ブエノスアイレス首都圏での医療サービス供給の調査結果を示したものが表2である。両地域は、連邦首都では中流以上の比較的所得が高い家庭が多く、それを取り囲む大ブエノスアイレス圏は貧困地区を含む所得の低い家庭が比較的多いという特色がある。それによると、所得の比較的高い家庭の多い連邦首都では、民間での医療サービス供給が全体の約7割に達している。これは連邦首都内では、フォーマルセクターの雇用労働者で社会保険を所持している人や、所得が高く民間医療保険に加入している人が相対的に多いためであると思われる。これに対して所得の比較的低い家庭の多い大ブエノスアイレス圏では、公立病院での医療サービス供給が最も多く約4割を占め、社会医療保険独自

表2 医療供給の調査(連邦首都と大ブエノスアイレス圏, 1992年)

|            | 合計(件数)          | 公立病院  | 社会医療保険 | 民間機関  | その他  |
|------------|-----------------|-------|--------|-------|------|
| 連邦首都       |                 |       |        |       |      |
| 全サービス      | 2,077,019(100%) | 19.1% | 7.8%   | 69.2% | 3.8% |
| 診察         | 1,264,371(100%) | 17.6% | 6.5%   | 71.3% | 4.6% |
| 検査・治療      | 644,731(100%)   | 22.1% | 13.6%  | 61.9% | 2.4% |
| 入院         | 167,917(100%)   | 26.9% | 6.0%   | 67.1% |      |
| 大ブエノスアイレス圏 |                 |       |        |       |      |
| 全サービス      | 4,693,656(100%) | 39.4% | 20.0%  | 37.5% | 3.1% |
| 診察         | 2,837,140(100%) | 38.4% | 18.3%  | 39.4% | 3.9% |
| 検査・治療      | 1,294,868(100%) | 36.9% | 28.1%  | 34.0% | 1.0% |
| 入院         | 561,648(100%)   | 59.6% | 15.1%  | 25.3% |      |

(出所) INDEC [1994: 116-117].

の機関を合わせると両方で約6割に達する。このように所得階層の異なる地域においては、公立、社会保険、民間部門の医療機関の重要性も異なってくる。

以上のようにアルゼンチンの医療制度は、職種や所得階層により利用者は3種類の異なる医療制度のもとにおかれ、しかもそれらが相互に医療財政と医療サービス供給面で依存しあう複雑な形態をもっているのが現在の状況である。

## 第2節 社会医療保険の成立

続いてこの節では、アルゼンチンにおける社会医療保険の成立過程について述べる。アルゼンチンにおける医療保険制度の起源は、19世紀中頃から設立されだした移民グループ別、あるいは職域別の互助会(Socorros mutualesまたはMutualidades)まで遡ることができる。両大戦間期にかけて一次産品輸出経済から輸入代替工業化へ経済発展の基軸が移り、それとともに都市の労働者・中間層が拡大し、また労働者の組織化も進行していった。現在社会事業と呼ばれている職域別社会医療保険制度の直接的な起源は、そうした互助会のなかで鉄道労働組合互助会などの労働組合により設立された互助会であったとされている(Belmartino [1996: 229-236])。そうした互助会が法的根拠を獲得し、量的にもいっそう拡大したのは、1943年以降の軍事政権でペロンが労働・社会保障庁長官として社会政策を担当してからのことであった。1946年からペロンは、大統領として政権を担当し、ペロン政権下に労働・社会政策はいっそう拡充されていった。

ペロン政権はラテンアメリカを代表するポピュリスト政権とみなされ、その最大の支持基盤は組織労働者である。と同時に低所得者層も同政権の支持層であった。同政権は輸入代替工業化を推進し、その過程で製造業・サービス業や公共部門の都市雇用労働者が増大していった。輸入代替工業化の推進は、こうした都市部の正規の雇用労働者を増大させ、また自営業者の所得も



上昇させたが、低所得層を中心とした非正規の雇用労働者や零細な自営業者も残留していた。こうした貧困層・インフォーマル部門はペロン政権以降も輸入代替工業化の継続にもかかわらず、むしろ拡大する傾向がみられた。

ペロン政権期にアルゼンチンの労働・社会保障制度は大きく拡充されたが、ペロン自身はその目的として、共産主義・無政府主義に対抗して労働者を統制することを念頭においていた。しかし、労働組合が完全に政府の統制下にあったわけではなく、独自に労働・社会保障政策に関して要求を行い、一定の自律性をもっていたといえる。そのため、ペロン政権期の医療政策は、そうした一定の自律性をもった労働勢力の要求に配慮しつつも、貧困層・インフォーマル部門を含むペロン政権支持の労働者・低所得層全体に医療制度を行き渡らせるというダブルスタンダードを余儀なくされた(宇佐見[2001])。

そうした一定の自律性をもった労働組合に対しては、職域別の医療保険組合が設立されていった。社会医療保険を規制する最初の法令は、1944年の政令30,655号であった。同政令は、社会サービス委員会の設立を定め、企業の社会サービスの促進と管理を目的としたもので、使用者側が社会サービスの労働者負担分を給与から天引きできるとしている(Grassi et al. [1994: 125])。同年には鉄道従業員向け社会保障・扶助局設置を定めた政令9,694号が制定されたのに続いて、1946年に船員、1949年にガラス労働者、1950年から1952年にかけて銀行員、保険従業員、議員、法曹関係者、食肉加工従業員、軍人、国家公務員といった特定の職域別に社会医療保険制度が設立されていった。とはいえ、ペロン政権期における社会医療保険の拡大は、上記の職域に限られ、きわめて限定的であったといえる。

ペロン政権期の医療政策で特筆すべき点は、全国民を対象とした原則無料の公立病院が拡大したことであった。これは、ペロン政権の支持基盤である労働者や低所得層に早急に医療を提供するには職域別の医療保険制度の拡大を待っていては間に合わず、普遍主義的な公立病院制度を国が主導して拡充することがその政策目的に適合していたためであると思われる。その結果、ペロン政権以降のアルゼンチンにおける医療制度の性格は、普遍主義的な公立

病院制度と職域別の社会医療保険制度の併存という混合的性格をもつようになった。しかし、ペロン政権下で急速に拡大した公立病院制度は、それ以降の政権ではその整備が停滞ないし縮小する傾向にあり、それに反して社会医療保険は拡大する傾向にあった。

ペロン政権以降で社会医療保険制度が大幅に拡大し、今日まで続く制度が形成されたのはオンガニ軍事政権下の1970年のことであった。同年に現行制度を規定する社会事業法が制定され、全雇用労働者の加入が義務化されたため、社会医療保険は量的に一挙に拡大することとなった。軍政下の1969年に公衆健康庁により作成された報告書には、普遍主義的公立病院制度の状況悪化の様相が次のように記されている。「全国民を対象とした無料の医療扶助システムは、需要の拡大と財源の不足により、施設および医療サービスが一段と悪化している」(Secretaría de Salud Pública [1969: 465])。そうした状況に対して公衆健康庁は次の三つの対応策を示している。(1)公衆健康庁が中心的役割を果たして、医療システム全体を機能的に調整する、(2)社会事業と互助会を順次統合して医療保険制度を創設する、(3)住民代表が運営に参加するコミュニティ病院を設立する。このうち軍事政権により実際に実行に移され、顕著な結果をもたらしたものが、(2)の社会医療保険制度の設立、正確には従来からある社会事業制度と互助会の改革と拡大であった。

1970年に公布された社会事業法の主な内容は以下のとおりである (Anales [1970: 180-185])。(1)社会事業の運営主体は中央政府、準政府機関、国営企業、混合経営企業、職業組合などさまざまな種類を定めている。しかし、州、市および軍が運営する社会事業は同法の対象としていない。(2)社会事業団体は各種の社会サービスを提供するが、その中心は医療である。また、当該部門の全従業員は当該部門の社会事業のサービスを受給する権利を有するというように、上記の規定と併せて社会事業団体が職域別であることが明記されている。(3)社会サービスを受給できる範囲は、本人、配偶者、18歳以下の男児、21歳以下の女児。(4)保険料は使用者が賃金の2%、独身労働者は1%、扶養家族をもつ労働者は2%。対象は全雇用労働者であり、保険料は使用者がチ

エックオフする(ただしこの保険料率はその後数度引き上げられている)。(5)とくに労働組合が社会事業を運営できることを独立して明記している。(6)社会事業団体の監督機関として、国家社会事業院が設立され、そのもとに再分配基金を設置し、社会事業団体間で資金の再分配を行うことができるとしている。

1970年に制定された社会事業法制定以降、社会事業団体数および加入者は急速に拡大した。そのもとでアルゼンチンの社会医療保険制度は、以下のような点で権利が階級やステータスに対応するというコーポラティズム的性格(Esping-Andersen[1990: 27])をもつに至った。すなわち第1に職域別に制度が設立された点、第2に社会医療保険を所持していたのは労働組合に組織された雇用労働者が中心であり、自営業者の多くは除外されていた点である。その結果、雇用労働者とそれ以外の格差が制度化された。第3にその格差が職域別医療保険間でもみられた点であり、第4に労働組合の社会事業運営を特記して認めたことにより、産業別労働組合ごとに社会事業団体が結成され、社会医療保険制度と労働組合が表裏一体の関係となった点である。

ところで軍事政権期に労働組合が運営の中心となった社会医療保険制度が拡充したのは意外な印象をあたえる。労働組合との関係においてオンガニア軍事政権は、1967年に実施した年金制度改革で年金制度から労働組合の影響力を排除しているにもかかわらず、なぜ社会医療保険の運営を労働組合に認めたのかという疑問が生じる。こうした疑問に対して以下のような三つの見解が存在している。まず第1に、オンガニア軍事政権自体がコーポラティズム的指向をもっていたために、労働組合に医療保険の運営を委ねたという指摘がある。オドンネルは、オンガニア軍事政権の性格描写のなかで、オンガニアの次のような演説を引用している。「革命は政党政治を解散させた。しかし、国家に奉仕できる勢力となりうるという信頼により、コミュニティの組織に対しては干渉しなかった。政府がコミュニティに近づき、それらとともに我々の目標が達成できるよう企業家組織と同様、労働組合も進歩すべきである」(O'Donell[1997: 123])。これに依拠してゴルバートは、上記オンガニア軍政コーポラティズム指向説を提唱している(Golbert [1988: 43])。

第2に、オンガニア軍事政権の労働勢力に対する譲歩説がある。年金制度改革が行われた後の1969年5月に、アルゼンチン第2の都市コルドバでコルドバッソと呼ばれる学生と労働者による大規模な反政府暴動が発生した。その翌年に労働勢力に医療保険の運営を認めたことは、反政府色を強める労働勢力に対して軍事政府が行った譲歩であるという説である (Isuani y Mercer [1986: 26])。

第3に、健康省内に自由主義派と労働組合との連携を重視する派の二つの流れがあり、医療制度改革において後者が主導権を握ったとの見方がある。ベルマルティーノらは、それまでの医療保険改革の流れが統一料金表を制定し、制度的統一を目指すものであったとする。ところが1970年に制定された社会事業法では、この流れが逆転し、労働組合が医療保険を運営できるようになった。こうした逆転が生じた原因を、そもそも健康省内に公衆健康庁を中心とする技術的・自由主義の流れと、社会保険庁を中心とした政治的側面を重視する流れがあったことに求めている。当時健康相であったコンシグリ (Carlos Consigli) は、国家よりも労働組合を労働者の代表として正統性のあるものと考えていた専門家グループに属していた。そして彼のもとでの社会事業法制定は、労働勢力とキリスト教的・社会官僚的グループとの同盟の前に自由主義派が敗退したものであると結論づけている (Belmartino y Bloch [1994: 148-151])。

これら3説のうち、オンガニア政権がコーポラティズム的指向をもっていったためとする第1説のみでは、仮にそうした指向が軍事政権内にあったとしても、年金制度改革における同制度からの労働組合勢力の排除と、医療保険制度改革における組合への妥協的態度という立場の逆転を説明できない。そこで第2説と第3説がその説明の鍵となってくる。まず、第3のベルマルティーノ説は実証に基づく手堅い研究であり信頼できる。コンシグリ健康相は、社会事業法に付帯した声明において、「労働組合の社会事業はすでに長い歴史を有し、加盟者の福祉を保全するために疑いもなく意義深い事業を推進してきた。そうしたことから労働組合が社会サービスを実施することは適切であ

り、支援に値する」(Anales [1970: 181])と述べていることから彼女の説が確認できる。

続いて第2説と関連して、もともと労働組合側は1960年代前半までは、社会事業に関してそれほど積極的な要求を行っていなかったようである。1969年になり医療保険制度統一が議題にのぼると、新法案が労働組合の社会事業に対する影響力を弱めるのではないかと危惧して、医療保険制度改革の行方に注目するようになったという (Belmartino y Bloch [1994: 107-114])。しかし、たとえ当初から積極的に医療保険制度へ要求を行っていなかったとしても、医療保険に対して労働組合が影響力を保持することに対しては組合が関心をもっていたことは事実である。また労働組合が軍政下でも影響力を保持していたからこそコルドバッソが起り、そうした組合の存在感の前に組合に対する譲歩への必要性が高まり、それに組合の要求も加わり健康省内での政治重視派の勝利に影響を与えたのではないだろうか。

ペロン政権崩壊後、軍政、急進党による民政、さらにペロン政権の復活などと政権はめまぐるしく交替した。しかし、この間の経済発展様式の基軸は輸入代替工業化であり、そのもとで輸入代替工業化政策および労働法制により都市部の正規雇用労働者の雇用と賃金は基本的に保障されていたといつてよい。こうした相対的に安定的な雇用関係をもった正規労働者が組織する労働組合は、自律性を高め政治的影響力を保持していった。そして軍事政権下においてさえ、労働組合への弾圧にもかかわらず労働組合は一定の自律性を失うことはなく、政治的影響力もいろいろな意味で発揮できたといえる<sup>(1)</sup>。他方、低所得層はペロン政権崩壊後、その利益を代表する政治的立場を失っていった。オンガニア軍事政権の、年金制度から労働組合を排除し、医療保険ではその運営を委ねるという矛盾した行為は、強力な労働組合に対する軍事政権の強硬策と懐柔策というコインの裏表ともみることができる。いずれにせよ、その後もアルゼンチンの社会保障制度の制定・変化には労働組合が深く関与してゆくことになり、主として労働組合が運営するフォーマルセクターの雇用労働者を対象とした社会医療保険制度が発達してゆくこととなった。

### 第3節 社会医療保険制度の展開

この節では、上記の過程で制定された社会医療保険の実態をみることにする。1970年に制定された社会事業法は、雇用労働者に社会事業への加入を義務づけているため、同法に則り職域別に各種の社会医療保険団体が設立され、加入者数（本人および家族）と加入率も急増した（表3参照）。この社会保険団体はスペイン語でオブラス・ソシアーレス（Obras Sociales: 社会事業）と呼ばれ、アルゼンチンではこのオブラス・ソシアーレスが社会医療保険の代名詞となっている。

まず社会医療保険の加入率からみると、社会事業法制定前の1968年には15.6%であったのに対し、制定1年後の1971年には67.0%にまで一挙に上昇している。ところが、加入率はこの1971年が最高で、それ以降長期減少傾向にあり、1996年には44.84%にまで低下している。具体的な要因は後述するが、低下率は1970年代（1971～80年）が0.6%と微減であったのに対して、1980年代（1980～90年）は11.4%、1990年代は最初の7年間で10.2%と大幅な減少を示している。また、部門別医療支出でも社会医療保険部門は1970年に全体

表3 社会事業への加入率と加入者数  
(単位: 1,000人)

| 年    | 人口     | 加入者数   | 加入率(%) |
|------|--------|--------|--------|
| 1968 | 22,694 | 3,543  | 15.6   |
| 1971 | 23,822 | 15,957 | 67.0   |
| 1980 | 27,947 | 18,548 | 66.4   |
| 1986 | 30,359 | 17,449 | 57.5   |
| 1990 | 31,968 | 17,566 | 55.0   |
| 1992 | 33,375 | 17,101 | 51.2   |
| 1996 | 35,220 | 15,793 | 44.8   |

(出所) Grassi, Hintze y Neufeld [1994: 135], ANSAL  
[1997: 103, 123].

の26.2%であったものが、ひととおり制度が整備された後の1980年には35.8%に上昇している(表1参照)。しかし、全医療支出に占める社会医療保険の割合は1985年の39.2%を最高に、その後調査のたびにその比率を低下させている。ちなみに、各社会事業団体が行う事業は、宿泊施設、レジャー、売店など加入者とその家族を対象とした福利・厚生全般に関わるものであるが、その中心はあくまでも医療事業である。

一方、社会事業法の対象外にある社会事業団体は、1992年時点で国、州、市、大学および軍関係の合計61団体が存在する。こうした社会事業法の対象外の社会事業団体への加入者は、同年で国民の16%、約530万人に達するといわれている(ANSSAL [1997: 104])。これらを社会事業法が対象とする社会事業団体加入者に加算すると、全社会医療保険の加入率は1992年で67%にまで上昇し、この数字が実際のアルゼンチンにおける社会医療保険所持者となる。

社会事業団体数は法律が制定された1年後の1971年には231団体が記録され、1992年に322団体まで拡大した後、1996年には281団体まで縮小している。設立・運営主体は、社会事業法の規定により表4にみるように多様であるが、そのうち最多のグループが労働組合の運営する社会事業である。労働組合が医療保険を運営し、雇用労働者は各自が所属する職域の医療保険への参加が義務づけられるという社会医療保険の制度は、労働組合が凝集性を保つうえでの原動力となっていたと考えられる。また、社会事業に集まる巨額な資金の一部が労働組合の活動資金として使われているとの指摘もある(Alonso [2000: 148])。いずれにせよ労働組合側は、社会事業の運営権を維持することが組織運営上不可欠と考え、社会医療保険改革に際し現状維持を主張してゆくことになる。

もっとも社会医療保険制度への加入率は表3にみるとおり、1980、90年代をとおして長期低落傾向にある。しかし、その内訳をみると労働組合が運営する社会事業は団体数と加入者はともに増加傾向にある。これに対して、減少が著しいのは政府機関と混合運営の社会事業である。政府機関の社会事業団体は、1984年で16団体あり、その加入者は74万4000人であったものが1996

表4 社会事業団体の推移

(加入者数単位:1,000人)

|      | 1971年        |                    | 1984年 |        | 1992年 |        | 1996年 |        |
|------|--------------|--------------------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|
|      | 団体数          | 加入者                | 団体    | 加入者    | 団体    | 加入者    | 団体    | 加入者    |
| 労働組合 | 179(129)     | (5,896)            | 199   | 6,441  | 228   | 7,852  | 212   | 9,544  |
| 政府機関 | 22(16)       | (1,061)            | 16    | 744    | 12    | 355    | 2     | 90     |
| 協定   | 6(2)         | ( 2)               | 31    | 235    | 32    | 85     | 21    | 77     |
| 混合運営 | 8(7)         | (4,205)            | 12    | 8,882  | 13    | 7,973  | 1     | 4,019  |
| 管理職  | 16(6)        | ( 7)               | 24    | 827    | 24    | 981    | 24    | 1,128  |
| 市営   |              |                    | 3     | 97     | 3     | 46     | 4     | 43     |
| 混合企業 |              |                    | 5     | 55     | 5     | 41     | 3     | 4      |
| 企業   |              |                    | 1     | 24     | 2     | 30     | 1     | 24     |
| その他  |              |                    |       |        | 3     | 5      | 13    | 866    |
| 合計   | 231<br>(160) | 15,957<br>(11,170) | 291   | 17,306 | 322   | 17,101 | 281   | 15,793 |

(注) かつこ内はアンケートに回答した社会事業団体の数値。

(出所) Rosario Cortes [1985: 23-24], ANSSAL [1997: 103, 123], Isuani y Mercer [1986: 28].

年には2団体9万人に減少している。また、混合運営も1984年には12団体888万人であったものが1996年には1団体400万人に減少し、この両者に市営と混合企業分を合わせた減少は、労働組合運営の社会事業の増加分を相殺し、全制度加入者数を減少させる要因となっている。

政府系と混合企業の社会事業が団体数および加入者数で減少したのは、1990年代になりとくに顕著となった政府部門の合理化・公営企業民営化により、それらが民間企業に移行したことなどによる。当然その過程で、人員削減がともなっていたので、元公営企業の労働者がそのまま全員民間に移行したわけではない。他方、民間部門でも雇用形態の柔軟化が進み、フルタイムの正規社員の雇用は増大せず、パート・タイムや期間限定契約など多様な形態での雇用が拡大している。そうした多様な形態の雇用のなかでも、派遣社員やいわゆる雇用契約を結ばない「闇雇用」の労働者は当該職域の社会事業に加入することはできない。そもそも社会事業に加入できるのはその企業と



「正規の」雇用契約を結んだ労働者であり、1990年代に急速に進展した雇用関係の不安定化は、失業率の上昇、公営企業の民営化と相乗して、社会医療保険の加入率減少の主要な原因を形成していると考えられる。

なお、減少者が最大の混合運営には、銀行員やタクシー運転手などの民間の社会事業、財務庁や教員など公的部門、そして退職者向けの一般にPAMIと呼ばれている社会事業団体がある。このうちPAMIを除くその他の社会事業は、混合運営形態から主として労働組合運営の社会事業というように他の運営形態に変更されたものと思われる。また、PAMIは正式には国家年金生活者社会サービス院 (Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados) と呼ばれ、その実体はアルゼンチンにおける老人医療保険で、最大の社会事業団体となっている。その資金は1997年現在加入者の最低年金3% (さらに最低年金超過分の6%) と、現役労働者の連帯負担と呼ばれる賃金の3%に相当する拠出金、および使用者の1.4%の拠出金からなっている (ANSSAL [1997: 105], World Bank [1997: 55])。老人医療保険制度は、職域別で雇用労働者が主たる対象である社会医療保険制度のなかにあって、法制的には全高齢者が対象となっており、財政的にも全社会保険制度加入者によって支えられているという普遍主義的な性格をもったものである。もちろん年金の未加入者を中心として老人医療保険未加入者が存在することも事実である。

以上のように、アルゼンチンの社会医療保険は、正規の雇用労働者とその家族を中心に人口の70%弱をカバーしている。これらの正規の雇用労働者は、輸入代替工業化のもとで国内産業保護政策、大規模な国家部門また労働法制によりその雇用と賃金は保障され、また年金や家族手当といった社会保険で保護されていた層であった。こうした相対的に安定的雇用をもち保護された正規の雇用労働者が組織する労働組合は比較的影響力を保持し、自己の雇用、賃金、社会保障に関してその立場を主張しえた。さらに、社会医療保険の多くが労働組合により運営され、それが労働組合の力の源泉の一つとなっていた。逆にこのことは、自営業者やインフォーマルセクターを中心とした30%

以上の社会医療保険未所持者との間に格差が存在し続けていたことを意味している。しかし、こうした構図は1980、90年代になり変化しつつある。1990年以降は雇用関係の柔軟化・不安定化傾向が強まり、大量失業が恒常化するなか、社会医療保険の中心的受給者であった安定的な正規雇用者の増大が頭打ちとなり、社会医療保険の医療制度における比重は低下しつつある。

## 第4節 社会医療保険制度改革

### 1. プロセッソ軍政期の改革

最後に、こうした特色をもった社会医療保険制度改革について検討する。前述したような社会事業法をもとにした社会医療保険制度は、イサベル・ペロン政権をクーデターで倒して成立したプロセッソと呼ばれる軍事政権により大幅に改変された。イサベル・ペロン政権とは、1973年に政権に復帰したペロン大統領の死去を受けて同大統領夫人で副大統領のイサベル・ペロンが世界で初の女性大統領に就任して成立したペロン党政権であった。この復活したペロン党政権は政・労・使からなる社会協約によって経済政策の基本路線を決定するというコーポラティズム色の強いものであったが（今井 [1985: 137-138]）、政権末期には財政赤字拡大、インフレの高騰、成長の低下など経済的混乱状態にあった。プロセッソ軍事政権(1977～83年)は、マルティネス・デ・オス経済相のもとに、従来の輸入代替工業化を主軸とした枠組みの解体を目論んだきわめてネオ・リベラル的な経済政策を導入したが、社会政策の面においてもコーポラティズム的枠組みを解体し、自由主義的制度の構築を指向していた。1980年に制定された法律22,269号は、従来の社会事業法を改正したものであったが、その最大の特徴は社会事業から労働組合を排除したことにある。

同法に付随した声明のなかで、社会事業から労働組合を排除した理由の一

つとして、「社会事業の資金が奇妙な目的のための活動に転用されている」

(Derecho de Trabajo [1980: 1095])との指摘がある。プロセス軍政は、労働組合の支持を受けたペロン党政権をクーデターで転覆した政権であり、左翼弾圧で深刻な人権問題を発生させた政権であった。そうした軍政が、反体制的な労働組合と豊富な資金を運用し、労働組合の力の源泉の一つとみられている社会事業を分離しようとしたのは当然の成り行きであった。同軍事政権は、労働組合法を法律22,105号で改正し、労働組合への加入を任意とした。このことから軍政は、労働組合がもはやその産業の全労働者を代表しているとはいえず、したがって労働組合が該当部門の社会事業に責任を負うことはできないという理論を展開している (Cortés [1985: 41])。

制度改正の第2の特徴は、社会医療保険の部門にも自由主義的市場原理を導入しようとした点である。そのためにまず、社会事業への加入義務は残しているものの、加入者が社会事業の提供する医療サービスを使わなくてもよいという選択肢を加えた。さらにそれと関連して、社会事業団体は単なる医療資金の提供者という役割に限定し、医療サービスの供給者としての役割を制限しようとした。そのために、同改正法では社会事業団体が独自の医療施設を建設することを禁じている。こうした軍政の措置により、医療サービス供給部門としての民間部門の活動範囲は拡大することとなった。また社会事業団体も医療サービスの直接供給者という性格が減退し、社会医療保険としての性格が強まってゆくこととなる。もっとも同改正法の実施要綱を定めた施行法令が公布されず、改正法が実際にそのまま適用されることはなかった。その代わりに、各社会事業団体に干涉官 (interventor) と呼ばれる監督官が軍政から送り込まれ、同法の趣旨に則って既存の社会事業団体を運営していった (Grassi et al. [1994: 128])。

プロセス軍事政権は、輸入代替工業化の枠組みの転換を図って導入したネオ・リベラル的経済政策が失敗し、輸入の拡大、製造業の衰退、対外累積債務拡大といった結果をもたらした。加えてマルビナス戦争 (フォークランド戦争) に敗北し、民政移行を余儀なくされた。1983年に民政移行後最初の大

統領選挙が実施され、同年末にペロン党候補を破ったアルフォンシン急進党政権が成立した。アルフォンシン政権は累積債務を直接的原因とする経済危機に苦しめられ、また高関税、輸入制限、産業振興政策など輸入代替工業化の枠組みが基本的に再度とられることとなった。そのアルフォンシン政権では、民政移行後も軍政期に定められた社会事業法の再改正は進まず、それが実現したのは同政権末期のことであった。1988年12月に可決された法律23,660号により、労働組合の社会事業の運営が認められ、職域別に設立された社会事業への加入義務規定と合わせれば旧来の社会医療保険制度に復帰した。民政移行してもすぐに旧制度に復帰しなかったのは、社会医療保険制度のみではなく、労使の中央団体交渉制度への復帰も1988年まで待たなければならなかった。そもそも当時野党のペロン党は労働組合の圧倒的支持を受け、アルフォンシン政権は相次ぐ労働組合のゼネストを含む労働攻勢に対応する必要に迫られていた。民政移行後も労働組合の医療保険運営権の回復が遅れた背後には、こうしたアルフォンシン政権の労働組合への牽制と警戒があったものと思われる（松下 [1996: 31-33]）。

## 2. メネム・ペロン党政権下の改革議論

アルフォンシン政権は、累積債務問題を直接原因とする経済危機に苦しめられ、5000%に近いハイパーインフレのなか任期を繰り上げて1989年にペロン党のカルロス・メネムに政権の座を明け渡さなければならなかった。こうした経済混乱による事実上のアルフォンシン政権崩壊の後を受けて成立したメネム政権の最大の課題は、インフレ抑制であった。前述したようにペロン党は、労働組合や低所得層を主要な支持基盤としている政党であるが、メネム政権が採用した経済政策として、まず1ペソを1ドルに固定して為替と物価の安定を目指した兌換計画があった。つづいて貿易自由化、公営企業民営化、産業保護の撤廃などの市場機能に信を置くネオ・リベラル経済政策が強力に実施されていった。こうしたメネム政権の経済政策により、長期にわた

って継続されてきた輸入代替工業化モデルの枠組みはほぼ撤廃されたといえ、アルゼンチン経済は新たな発展段階に入ったとみられる。

メネム政権による改革は経済面にとどまらず、社会政策の面にまで及んでいる。まず、従来型の雇用関係はグローバリゼーションのもとでは硬直的であるとの批判がなされ、雇用契約法の改正が行われて、全日・終身制の雇用関係はより柔軟な雇用関係へと変容しつつある。次に賦課方式の年金制度には、積立方式と年金基金運用会社の自由選択制のオプションも加えられ、多数はそのオプションを選択するようになった。そうした状況のなかで、社会医療保険改革の議論が出現してきたのであった。

市場機能に対する信頼性が増し、市場開放が進んでいるなかで、社会医療保険改革に向けて影響力をもった提案に、産業界系研究機関であるFIELに所属するモニカ・パナデイロの提案がある(Panadeiros [1991: 45-53])。彼女によると現制度は、過剰診療に対する歯止めがなく、その結果、被保険者の負担金は継続的に引き上げられているという。保険料は制度発足時の1970年に労働者負担が賃金の1% (既婚者2%)、使用者が賃金の2%であったが順次引き上げられ、メネム政権発足時の1989年には労働者3%、使用者6%となっていた<sup>(2)</sup>(表5参照)。労働者にはこれに3%の老人医療保険の負担が加わるのである。また、無競争状態からくる診療の質改善へ向けてのインセンティブの不足を指摘している。さらに現行制度の問題点として多くの社会事業団体が赤字を抱え、改革議論が始まる前の1986年で収入対支出の割合は1対1.14になっていたこと、赤字団体に対する資金再分配システムにも収入の低い順に分配金が配分されていないという問題があることなど(表6参照)を彼女は指摘している(Panadeiros [1991: 13-27])。こうした諸問題は事実であり、それゆえ社会医療保険改革の必要性については広く認識されていた。

そこで彼女の改善提案は、医療保険部門における競争的市場原理の導入であり、医療保険加入者による医療保険の自由選択制がその中心となっている。そのために重要なことは、被保険者が各保険機関の情報を受け取れるようにすることである。また、各保険機関は、性別や年齢など同一カテゴリーでは

表5 社会事業の賃金に対する保険金負担比率

| 年    | 法令        | 上限 | 労働者の負担 |       | 使用者負担 | 合計       |
|------|-----------|----|--------|-------|-------|----------|
|      |           |    | 独身者    | 扶養家族有 |       |          |
| 1970 | 法律18610   | 有り | 1%     | 2%    | 2%    | 3~4%     |
| 1971 | 法律18980   | 有り | 1%     | 2%    | 2%    | 3~4%     |
| 1974 | 政令189/74  | なし | 1%     | 2%    | 2%    | 3~4%     |
| 1974 | 政令1684/74 | なし | 1%     | 2%    | 2.5%  | 3.5~4.5% |
| 1975 | 法律21216   | なし | 2%     | 3%    | 4.5%  | 6.5~7.5% |
| 1980 | 法律22269   | なし | 3%     | 3%    | 4.5%  | 7.5%     |
| 1989 | 法律23660   | なし | 3%     | 3%    | 6%    | 9%       |

(出所) Panadeiros [1991: 29].

同一掛け金とし、その額を自由に保険機関が決定できるという民間の保険理論が主張されている。ただし、賃金に対して一定率の拠出金を課して保険基金を設立し、その再分配をとおして高リスク者を救済する道も開いている。また、年金生活者は社会医療保険から除外し、国家医療システムから医療扶助を受けることも提言している。しかし全体でみると彼女の提案は、被保険者に保険者「選択」の自由を与え、保険者間の「競争」とおして医療の「効率」と「質」の向上を目指すというように、米国で考案された管理競争の考え方(広井[1997: 39-40])に近い手法が目指されていた。また相互扶助に基づく社会保険の原理から、民間保険の原理への転換を主張する点もうかがうことができる。彼女の提案のうち、被保険者のカテゴリー別に異なる保険料を設定するという、あまりにも民間保険的な部分は排除されたが、その後の政府案には被保険者に保険団体を自由に選択させるという提案は取り入れられてゆくこととなった。

自由選択制を取り入れた法案は、ネオ・リベラル的経済改革を推進する経済省官僚により立案され、1992年に議会に提案された。しかしこの最初の政府提案は、労働組合と与党ペロン党内部の労働組合寄り議員の反対により制定されなかった(Belmartino[1995: 21])。以後、改革を進めようとするネオ・

表6 社会事業団体への補助金配分 (1990年)

| 社会事業団体名          | 1人当たり収入<br>(米ドル) | 同順位<br>(少ない順) | 1人当たり補助<br>(米ドル) | 同順位<br>(多い順) |
|------------------|------------------|---------------|------------------|--------------|
| トゥクマン精糖業         | 12.7             | 1             | 6.1              | 19           |
| 飲食業              | 52.0             | 2             | 19.3             | 8            |
| スポーツ施設           | 59.9             | 3             | 6.9              | 15           |
| I.S.S.A.R.A.     | 60.8             | 4             | 3.5              | 23           |
| 製材業              | 67.0             | 5             | 6.4              | 18           |
| 金属産業             | 71.1             | 6             | 16.2             | 9            |
| ワイン産業            | 82.9             | 7             | 6.4              | 17           |
| 食品産業             | 85.5             | 8             | 5.8              | 20           |
| 建設業              | 103.1            | 9             | 14.2             | 10           |
| 鉄道               | 104.1            | 10            | 55.3             | 1            |
| 衛生部門             | 116.6            | 11            | 4.9              | 22           |
| 自動車整備            | 120.4            | 12            | 23.1             | 6            |
| 繊維産業             | 122.7            | 13            | 40.8             | 2            |
| トラック運転手          | 128.4            | 14            | 25.5             | 4            |
| 教員               | 146.3            | 15            | 10.6             | 13           |
| 賃貸住宅アパート         | 153.4            | 16            | 20.7             | 7            |
| O.S.E.AC.A.C.    | 155.0            | 17            | 5.5              | 21           |
| バス運転手            | 166.9            | 18            | 6.4              | 16           |
| 国营電話会社           | 183.4            | 19            | 12.1             | 12           |
| I.S.S.I.C.A.     | 187.7            | 20            | 39.3             | 3            |
| 国营電力会社           | 270.1            | 21            | 7.5              | 14           |
| I.O.S.M.S.y A.S. | 290.0            | 22            | 25.4             | 5            |
| 銀行               | 399.9            | 23            | 0.0              | 24           |
| 保険               | 560.0            | 24            | 13.5             | 11           |

(出所) Monica Panadeiros [1991: 22].

リベラル的な政府官僚と、それに反対する労働組合とその関連議員という対立の構図ができあがった。もっとも最初の政府案に関して、政府と政府公認のナショナルセンターである労働総同盟間(CGT)にいったんは合意が成立したものの、その後労働総同盟が反対に回ったという経緯がある。このように社会医療保険改革について労働勢力内部は必ずしも一枚岩であったわけでは

なく、政府案に賛成する組合と反対する組合に分裂していたといわれている (Alonso [2000: 179])。

その後、社会医療保険改革は大統領が制定する政令により実施されていった。その最初のものは、1993年の政令9号であり、その後1993年に同様の趣旨の政令576号が公布され、1995年の政令292号では、年金生活者にも医療保険機関の自由選択制が認められることとなった。しかし、これらの政令は労働総同盟を中心とした労働組合の反対により実施されなかった。改革に対して労働総同盟を中心とした労働勢力は最後まで反対し、最終段階の1996年末には政府と労働総同盟間で頻繁に交渉が行われた。焦点は自由選択制の範囲をめぐってであり、政府内改革推進派はそのなかに民間医療保険を含めることを主張していた。政府側は、もし交渉が成立しなくとも、改革は政令を施行して行うとの強い態度を示していた (*Clarín*, 13 de diciembre de 1996)。こうした重要議案を政令として施行するという政治手法は、メネム政権発足以来の手法で同政権に特徴的なものであった。その結果、医療保険自由選択制も1996年12月に健康省通達633号が公布され、翌1997年1月になりようやく実施されることとなった。しかし、民間医療保険の参入は、最終的な健康省通達のなかでは排除されていたため、労働総同盟側も自由選択制を認める代わりに、それはあくまでも現行の社会医療保険の内部でという妥協が成立したもののと思われる。

こうしたアルゼンチン政府の社会医療保険改革を支援する目的で、世界銀行も1996年より社会医療保険の構造改革融資として3億7500万ドルを供与した。世界銀行融資は主として、老人医療保険機関 (INSSJP) の余剰人員削減に際しての解雇補償、社会医療保険組合が医療サービス提供者に負っていた負債の整理、情報システム導入などの社会医療保険組合の経営効率化に使われた (World Bank [1997: 35])。世界銀行は、1997年にアルゼンチンの医療保険改革に関するレポートを出している。そのなかで同部門の問題点として、小規模団体の存在、弱体な経営力、過剰スタッフ、多角化した事業の赤字などの非効率性、それに収入格差、再分配資金の恣意的分配、サービス格差な



どの社会事業間の不平等性、また財政の脆弱性を指摘している。そうした問題に対する改革案として、被保険者の保険機関選択の自由や保険機関間の競争の拡大などほぼメネム政権の改革と同方向性の提言をしている (World Bank [1997: 8-24])。すなわち、メネム政権の社会医療保険改革は、世界銀行の政策提言と歩調を合わせて実行されてきたといつてよい。

### 3. 自由選択制の内容

1997年から始まった社会医療保険の自由選択制は、以下のようなものである。(1)同一職場で1年以上の職歴をもち、月収240ペソ (240ドル) 以上の被保険者本人が、(2)1年につき1回のみ社会医療保険を変更できる。(3)高齢者年金制度加入者は、高齢者年金制度か老人医療システムに登録された社会医療保険のなかからのみ選択できる。(4)他の社会医療保険からの移行者を受け入れた社会医療保険は、彼らに対して義務的医療プログラムを提供しなければならない。このプログラムには診療、入院、救急措置は含まれるが、長期精神疾患、老人ホーム、リハビリテーションなどは除外された。(5)それを超える医療サービスを移行者が希望する場合には、差額を支払わなくてはならない。(6)社会医療保険の監督機関として医療サービス監督機関を設置する (Superintendencia [1999, vol.1: 51-65], World Bank [1997: 24-27])。

1997年に始まった自由選択制を利用して、1998年5月までに全被保険者本人の約8%に相当する約38万5000人が社会医療保険を変更した (Superintendencia [1999, vol.1: 19])。社会医療保険における自由選択制導入の目的は、社会医療保険間に市場競争原理を導入し、サービスの向上と効率化を達成するところにある。しかし、実行に移されてから日も浅く、現在その目的が達成されたかどうかを判断する段階にはない。とはいえ、自由選択制導入による効果として、従来謎に包まれていた各社会事業の情報開示が進んできたことが指摘できる。医療サービス監督機関は、各社会事業団体の財務状況をまとめて発表するようになった。1999年の報告によると、社会医療保険全

体で1998/99年には約6500万ペソの黒字を記録していることが明らかになり、社会医療保険の収支が改善されていることが明らかとなった。その意味では自由選択制導入は経営の効率化に寄与しているといえそうである。しかし、年金制度の民営化や米国の民間保険会社の例からもわかるように、保険事業を民間が行う場合に要する事務経費は、公的制度のそれを大幅に上回っていることが明らかとなっており、その点を含めた実証研究が不可欠である。

社会医療保険自由選択制の導入により、少なくとも社会事業団体間での競争が始まったことは事実である。その影響は保険者たる社会事業団体間の競争にとどまらず、医療の供給側の効率と質をめぐる競争を活発化させるものと思われる。なぜなら社会医療保険の自由選択制により、社会事業団体はより多くの加入者を求めるために、より効率的で質の高い医療提供者との契約を選択することが推定されるからである。そのような意味で社会医療保険自由選択制は、医療の保険者のみならず供給者側にまで競争原理を波及させるもので、米国で考案された「管理競争」(広井 [1994: 185-196]) からヒントをとった改革であるといえる。

#### 4. 改革の背景

アルゼンチンにおいて社会医療保険改革が実施された背景には、社会医療保険制度の赤字や利用者のサービスに対する不満の拡大などの客観的条件があったことは事実である。しかし、改革の手法には既存制度の手直しも選択肢として存在していたわけで、なぜ社会医療保険団体の自由選択制という手段が採用されたのかを考える必要がある。それには経済のグローバリゼーション、市場競争の激化と市場競争に対する信頼性の向上といった全般的状況があったことは確かである。とはいえ、労働組合を主要支持基盤としてきたペロン党政権において、労働組合側が社会医療保険という労働組合の利益に直接結びつく事項において譲歩を余儀なくされた直接的な要因には、労働組合の弱体化という現象があったものと思われる。1985年から1995年にかけて

労働組合の組織人員は42.6%も低下し、1995年の組織率は38.7%となった (ILO [1997])。ペロン党内の労働組合出身の下院議員も減少傾向にある。民政復帰直後の1983年には、労働組合出身のペロン党下院議員は35名であったものが、その後2年ごとの選挙のたびに、28名、23名、18名と減少し、現在は12名以下となっている (*La Nación*, 21 de enero de 2000)。さらにアルフォンシン政権期に13回を数え、しばしば政権を揺るがすほどであったゼネストも、メネム政権期には8回に減少し、ストへの参加率も減少していると思われる (*La Nación*, 23 de noviembre de 2000)。

こうした労働組合の弱体化について、1990年代に起きた経済・雇用関係の変容が一つの重要な要因として考えられる。前述したように1990年代には雇用関係の柔軟化・不安定化、公営企業の民営化、また大量失業の常態化などにより組織労働者の中核であった安定的な雇用関係にある労働者が減少したものとみられる。大ブエノスアイレス首都圏の失業率は、経済危機さなかの1980年代でさえ概ね5%台前後で推移していた。それが1990年代のグローバリゼーションにともなう経済開放と雇用関係の柔軟化のもとで急上昇し、1995年5月には最高の20.2%にまで上昇し、その後も15%台前後で推移している (INDEC [1999])。また、雇用関係の柔軟化のなかで新たに設定された期限付き労働契約や試用期間による労働契約も正式な労働契約ではあるが、これらの雇用形態は雇用の安定性に問題があるとして、それらを従来からある非正規契約形態の雇用に加えて不安定雇用に含めるという論者も出現している (Ferrari y López [1993: 151])。1996年の雇用契約アンケート調査によると、新規雇用契約の伸び率は、派遣契約を含めたこれらの形態の雇用契約が無期限雇用契約を大きく上回っている (*La Nación*, 8 de enero de 1997)。

こうした不安定雇用の増大は、大量失業の常態化とともに雇用不安を醸しだし、労働組合の要求を自己抑制させる作用をもたらししていると考えられる。すなわち労働組合の弱体化は、経済発展様式が輸入代替工業化のもとで比較的に安定的な雇用関係から、グローバリゼーション・開放経済のもとでの柔軟かつ不安定な雇用関係へ変容する過程でみられた現象であった。また、雇用

関係の柔軟化や不安定化は、労働組合を弱体化したのみならず、雇用労働者間の連帯意識を希薄化させ、自己責任あるいは市場機能に信をおく新制度への抵抗を弱めたと考えられる。さらにこうした雇用関係の変容自体が、職域別社会医療保険制度の基盤を弱めたといえる。

経済発展様式の転換、雇用関係の柔軟化・不安定化、労働組合の弱体化と並び、1990年代にはそれまでアルゼンチン政治のなかにみられたコーポラティズム的傾向も弱まりを示した。第二次世界大戦後のペロン政権では、政権が上から職能団体を統制しようとする国家コーポラティズム的傾向がみられた。しかし、こうした国家コーポラティズム的傾向は、一定の自律性を有する労働組合と、ときには対立し、ときには妥協しつつ存在していたと考えられる。すなわちペロン政権期にアルゼンチンに存在したコーポラティズムは、国家コーポラティズムと社会コーポラティズムが相克しあう特有の形態のものであったとみられる（宇佐見 [2001]）。こうしたアルゼンチン政治におけるコーポラティズム的傾向は、労働組合やその他の勢力とのバランスでその内容を変化させつつ1983年から1989年までのアルフォンシン急進党政権期までみられた。同政権期に実施されたアウストラル計画と名づけられた経済安定化計画は、政・労・資の社会協約に基づく物価・賃金凍結策がその主軸であり、マクロ経済政策の骨格がコーポラティズム的枠組みで決定されていたことになる。こうしたコーポラティズム的傾向も1980年代までのアルゼンチン政治の特色であった。

ところがアルフォンシン急進党政権崩壊の後を受けて1989年に成立したメネム・ペロン党政権は、経済政策を全面的にネオ・リベラル政策に転換したばかりではなく、オドンネルによるとその政治手法も委任型民主主義と呼ぶべき特有の性格を有するものがみられたという。この委任型民主主義では、選挙で選出された大統領が国家利益を体現し、強力なリーダーシップを発揮する。政策は技術的観点から決定され、とくに経済政策に関して官僚（técnico）は大統領により反対勢力から保護されることになる（O'Donnell [1997: 294-295]）。こうした委任型民主主義の代表例がアルゼンチンのメネ

ム・ペロン党政権であり、同政権は議会を通さず大統領の定める政令により経済改革を進行させていった。それは経済政策にとどまらず、まさに本章で検討した社会医療保険改革にもこうした政治手法が顕著にみられた。社会医療保険改革はそれまでペロン党と関係の薄かった官僚により立案され、議会や労働組合との交渉に行き詰まると大統領による政令を施行し、あるいはそうするとの脅しにより政策を実現していった。

アロンソによれば、1980年代の経済危機という条件が社会の要求の自主規制と大統領に対する決定権の委任を推し進めたという(Alonso [2000: 199])。しかし、前述したような経済のグローバリゼーション、市場機能に信をおく新たな経済発展様式の出現、大量失業の常態化、雇用関係の柔軟化・不安定化、それと並行して進行した労働組合の弱体化、さらにそうした状況のもとでのアルゼンチン型のコーポラティズムの衰弱などが1990年代にアルゼンチンで委任型民主主義を出現させる背景となったと考えられる。社会医療保険の自由選択制の導入は、同一職種の労働者はその職域の医療保険組合に強制加入させるという原則を崩し、職域と社会保険との関係を希薄化させるものであった。今回の社会医療保険改革は、上述した1990年代のアルゼンチンでみられた政治・経済のパラダイム変容のなかに位置づけることができる。

## おわりに

アルゼンチンの社会医療保険制度は、輸入代替工業化のもとで比較的安定的な雇用関係にある雇用労働者を主たる対象として制定・拡大されてきた。そこでは労働組合の影響力も相対的に強く、労働組合が社会医療保険団体の運営を管理する場合が多く、労働組合と社会医療保険団体は強い関係にあった。1990年代になりアルゼンチンでは、ネオ・リベラル的な経済改革を推進したメネム・ペロン党政権のもとで社会医療保険改革が開始されたが、それはアルゼンチンの政治・経済のパラダイム転換と並行して起きた出来事であ

った。1990年代のアルゼンチンでは輸入代替工業化を基軸とした発展様式が、市場機能を重視した自由開放体制に移行し、それと併せて全日制・終身制という雇用労働者の雇用関係が柔軟化し、また不安定化しつつある。雇用関係の柔軟化・不安定化は大量失業の常態化という事態と併せて、労働組合の組織率低下やその政治力の弱体化をもたらす背景となっていた。さらにそれらと並行してそれまでのアルゼンチン政治にみられたコーポラティズム的傾向は弱まり、大統領の行政権が抜きん出る委任型民主主義的傾向がみられるようになった。1997年に実施された社会医療改革はそうした政治・経済パラダイム変容のなかでの出来事であった。この社会医療保険改革は、社会医療保険部門にも競争原理を導入し、システムの効率化を目指そうというものであった。社会医療保険における自由選択制導入の結果、労働組合の手には社会事業の運営権が残されたが、組合員は他の社会事業がよいと思えばそこへ移動できるため、職域別の社会医療保険制度あるいはコーポラティズム的社会保険制度は崩れつつある。

他方、市場競争激化下での雇用関係の柔軟化や大量失業の常態化は、雇用の不安定化を必然的にもたらし、社会医療保険をもたない労働者を増加させている。その結果、社会医療保険の加入率は、1990年代になり低下傾向が顕著となっている。そのことは医療部門全体でみると、国民の社会医療保険への依存度を低下させ、原則として無料で全国民を対象とした普遍主義的な公立病院制度への依存を増大させていることにつながっている。そこでは、雇用と結びついた形の現行の社会医療保険システムのあり方が問題とされると同時に、これからますますその重要度を増すであろう公立病院制度全体の改革、さらに社会医療保険、公立病院制度、民間医療制度間の諸関係の再編も議論される必要が出てくるものと思われる。

1999年の大統領選挙で与党ペロン党候補は敗北し、中産層を伝統的に基盤とする急進党と革新系諸政党が結集した新興勢力のFREPASOがアリアンサ(連合)を結成し、アリアンサのデ・ラ・ルーア新政権が発足した。同政権の経済政策は、1ドル=1ペソに固定した兌換計画の維持をはじめとして、

開放政策や規制緩和策など基本的に前メネム政権のものを継承している。しかし、デ・ラ・ルーア政権の母胎となったアリアンサの政策協定では、完全雇用の実現、機会の平等、教育の改善などメネム政権期のネオ・リベラル政策により拡大した社会的問題の改善を主要政策目標として掲げている。そのうち社会医療保険に関しては自由選択制の推進、そして全国民を対象に平等な制度の構築を掲げている。この路線にしたがいデ・ラ・ルーア大統領は、2000年11月には自由選択制の選択肢に民間医療保険をも加えることを含む社会医療保険制度の改正を定めた政令に署名した。これに対して労働側は強く反発し、同年11月23、24日にかけて行われたゼネストの諸要求のなかにも公的基礎年金の廃止反対とともに社会医療保険の規制緩和反対が盛り込まれていた。

デ・ラ・ルーア政権の政策は、基本的に市場機能に信をおいた経済政策と、そこから派生する社会的問題への対処を中心としており、ブラジルのカルドーゾ政権やチリのラゴス政権といった社会民主主義的政権との共通性がみられる。しかし、この社会医療保険制度の自由選択制の範疇に民間医療保険を加えるという議論は、実はメネム政権期の社会医療保険改革時にも出され、労働組合側の反対で撤回されたものであった。またそれは新聞報道によるとIMFからアルゼンチン政府に出されていた要請でもあった（*La Nación*, 20 de noviembre de 2000）。その意味でデ・ラ・ルーア政権の社会医療保険自由選択制の範疇に民間医療保険を参入させる決定は、1990年代からの経済政策・社会政策の延長線上にあるといえ、これのみでは現政権の社会政策が前政権とは異質の第三の道を目指すものであるとはいいきれない。それを判断するには、公約にある全国民を対象とした平等な制度構築が具体化するか否かをはじめとした社会政策全体がどのような方向性をもつかを見極める必要がある。

〔注〕

- (1) 1976年から1983年までのプロセス軍政は、労働組合への干渉・弾圧を強力行ったことが知られている（松下 [1993: 174]）。
- (2) 1995年より使用者負担は5%に縮小された（Bertranou [1998: 49]）。

## 〔参考文献〕

### 〈日本語文献〉

- 今井圭子 [1985] 「軍政下アルゼンチンの経済政策」（小坂允雄・丸谷吉男編『変動するラテンアメリカの政治経済』アジア経済研究所）。
- 宇佐見耕一 [1997] 「柔軟化と社会保障制度改革」（小池洋一・西島章次編『市場と政府—ラテンアメリカの新たな開発枠組み—』アジア経済研究所）。
- [1999] 「アルゼンチンにおける年金制度改革」（『ラテンアメリカレポート』Vol. 16, No.1）。
- [2001] 「アルゼンチンにおける福祉国家の形成—ペロン政権の社会保障政策—」（『アジア経済』第42巻第3号, 3月）。
- 広井良典 [1994] 『医療の経済学』日本経済新聞社。
- 松下洋 [1993] 「岐路に立つ労働運動」（松下洋・東浩子編『ラテンアメリカ政治と社会』新評論）。
- [1996] 「民主化以後の社会民主主義と脱社会民主主義—アルゼンチンにおける賃金政策を手がかりとして—」（小池洋一・浜口伸明編『市場と政府—ラテンアメリカの開発枠組みを求めて—』アジア経済研究所）。

### 〈外国語文献〉

- Alonso, Guillermo V. [2000] *Política y Seguridad Social*, Buenos Aires: FLACSO.
- Anales de Legislación Argentina*, 1970.
- ANSSAL [1997] “El Sistema del Seguro de Salud en Argentina,” *Estudios de la Seguridad Social*, núm. 82.
- Belmartino, Susana [1995] “Estado y Obras Sociales: Desregulación y Reconversión del Sistema,” *Cuadernos Médico Sociales*, núm. 72.
- [1996] “Las Obras Públicas: Continuidad o Ruptura,” en María Zaida Lobato ed., *Política, Médico y Enfermedades*, Buenos Aires: Universidad Nacional de Mar del Plata.



- Belmartino, Susana y Carlos Bloch [1994] *El Sector Salud en Argentina*, Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.
- Bertranou, Fabio M [1998] "Argentina's Health Care Sector: Organization, Performance and Reform," in Fabio M. Bertranou, *Argentina's Health Care Sector and the Demand for Health Services: Three Essays on Health Economics*, Ph. D. Dissertation, University of Pittsburgh.
- Cortés, Rosalía [1985] *La Seguridad Social en la Argentina: Las Obras Sociales*, Buenos Aires: FLACSO.
- de Flood, María Cristina Vargas [1998] "El gasto de Argentina en salud," *Medicina y sociedad*, vol. 21.
- Derecho de Trabajo* [1980].
- Esping-Andersen, Gøsta [1990] *The Three World of Welfare Capitalism*, Cambridge: Polity Press.
- Ferrari, Alejandro y Néstor López [1993] "Contratos de trabajo y precaridad laboral," *Estudios del Trabajo*, No.6.
- Golbert, Laura S. [1988] "El envejecimiento de la población y seguridad social," *Boletín Informativo Techint*, núm. 251.
- Grassi, Estela Susana Hintze y María Rosa [1994] *Políticas Sociales*, Buenos Aires: Spacio.
- ILO [1997] *World Labour Report 1997-98, Democracy and Social Stability*, Geneva: International Labour Office.
- INDEC [1994] *Statistical Yearbook Republic of Argentina 1994*, Buenos Aires: Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos.
- [1998] *Statistical Yearbook of the Argentine Republic 1998*, Buenos Aires: Ministerio de Económico y Obras y Servicios Públicos.
- [1999] *Encuesta Permanente de Hogares: Gran Buenos Aires*, Buenos Aires: INDEC, mayo de 1999.
- Isuani, Ernesto y Hugo Mercer [1986] "¿La fragmentación institucional del sector salud en la Argentina?" *Boletín Informativo Techint*, núm. 244.
- Ministerio de Economía de Provincia de Buenos Aires [1996] "El sistema de salud argentina," *Cuaderno de Economía*, núm. 18.
- O'Donnell, Guillermo [1997] "¿Democracia delegativa?" en *Contrapunto: Ensayos elegidos sobre autoritarismo y democratización*, Buenos Aires: Paidós.
- Panadeiros, Mónica [1991] *El Sistema de Obras Sociales en la Argentina: Diagnóstico y Propuesta de Reforma*, Buenos Aires: FIEL.
- [1992] *Gasto público social: el sistema de salud*, Buenos Aires: FIEL.
- Secretaría de Salud Pública [1969] "Problemas de financiamiento del sector

salud," *Revista de Seguridad Social*, Año II núm. 12.

Superintendencia de Servicios de Salud [1999] *Obras Sociales, Información General del Sistema, vol.1, 2*, Buenos Aires: Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.

World Bank [1997] *Argentina Facing the Challenge of Health Insurance Reform*, Washington, D. C.: World Bank.

〈新聞〉

*Clarín.*

*Nación.*